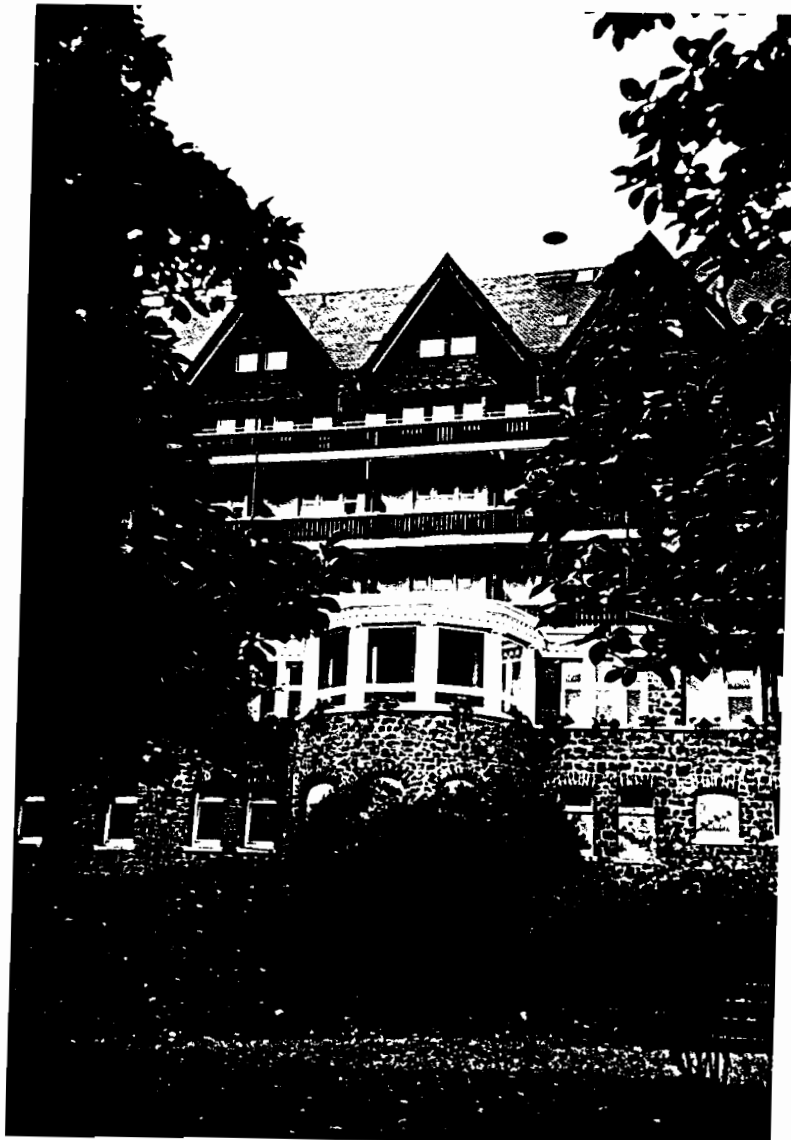




AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN

1. Sommerkurs der
Akademie für Integrierte Medizin
am 16. und 17. September 1994
im
Reha-Zentrum Glotterbad, Glottertal

"Kommunikation in Akutmedizin und Rehabilitation"



FREITAG NACHMITTAG

Das SETTING wirkt integrierend: an einem Ort, wo wie an keinem anderen das deutsche Arztbild geprägt wurde, teilweise in wohlig-weichen Sesseln, auch mit fremden Menschen unerwartet auf gemeinsamer Couch... , Blick auf beglückende Natur: gibt es eine passendere Umgebung, um dem Meister der Integration zu lauschen? TH. v. UEXKÜLL führt uns heraus aus der monokausalen Welt der "Frontmedizin": welche Dimensionen erstrecken sich denn hinter dieser tagtäglichen Beziehung Arzt-Patient? In welchem Gesamtsystem (vgl. ENGEL) befinden sich alle beide? Legen wir uns Rechenschaft ab über unsere eigene subjektive Wahrnehmung und über die dadurch entstehenden sogenannten "objektiven" Diagnosen? Interessieren wir uns für die DROGE ARZT, für ihre Pharmakokinetik, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen?

Nehmen wir als "Subsystem Ärzte" (und hierunter sind gemäß der deutschen Grammatik auch alle ÄrztINNEN zu verstehen) neben dem "Subsystem Patient" auch das "Subsystem Pflegekraft" genügend wahr? Dessen subjektive Wahrnehmung nahezubringen war Anliegen von H. JUNG, die als frühere Mitstreiterin des Voredners in Ulm das Defizit an Kommunikation zwischen den einzelnen beruflichen Gruppen, aber auch zwischen den Pflegekräften und den Patienten anmahnte. Wie selten, meist aufgrund fehlender Ausbildung in dieser Richtung, werden folgende Fragen von der Pflegekraft an den Patienten und an sich selbst gestellt:

1. Wie fühlt er sich zur Zeit, woran spürt er am meisten, daß er krank ist, und was war der akute Anlaß, daß er jetzt eingewiesen wurde?
2. Wie ist er bisher (bei chronischen Erkrankungen) mit seiner Krankheit in Familie und Beruf zurechtgekommen? Was bedeutet es für ihn, aus dem Alltag herausgenommen zu sein? Welche Vorstellungen macht er sich über seine Krankheit?
3. Welche Erwartungen hat er an den stationären Aufenthalt? In welcher Hinsicht ist er pflegebedürftig? Welche Vorerfahrungen hat er mit Ärzten, Schwestern und Krankenhaus schon gemacht?
4. Welche Orientierungshilfen braucht der Patient in bezug auf die Station? Wie kann man ihn in seiner Eigenaktivität fördern?

Meist ist es die fehlende Ausbildung und der (angebliche) Zeitmangel, die eine solche Begegnung mit dem Patienten verhindern. Aber auch: welcher Stellenwert kommt denn einem solchen Pflegegespräch, wenn es schon stattfindet, überhaupt zu? Ist nicht das Hinweisschild hier im Glottertal: "zur ÄRZTLICHEN Fortbildung" symbolisch zu sehen für eine alles andere als integrative Wahrnehmung des pflegerischen Bereichs aus der Sicht der Ärzte? Und aus der Sicht der Akademie für "Integrierte" Medizin?

Zurück zur Aufgabe des Nachmittags: das Patienteninterview. Wie lange dauert es schätzungsweise, bis ein Patient in seinem Erzählvorgang im Rahmen eines "normalen" Arzt-Patienten-Gesprächs von seinem Gegenüber, dem Arzt, unterbrochen wird? 18 SEKUNDEN..... R. ADLER führt ein in die oft ungewohnte Welt der offenen Fragen: "Sitzen Sie bequem? Können Sie mich gut hören? Wie geht es Ihnen?" bis zu "Haben wir noch etwas vergessen zu besprechen?" reicht die (kurze) Liste der ärztlichen Fragen auf dem interessanten, an Wahrnehmung "außenherum" reichen Weg zum ARBEITSBÜNDNIS mit dem Patienten. Wir hüten uns, zu früh auf angebotene Steigbügel draufzusteigen: ein Patient mit primär psychischen Beschwerden wird uns somatische Symptome anbieten und andersherum. Wir hören auf die Information hinter den gesprochenen Worten, wir interessieren uns für das, was uns der Körper des anderen während des Interviews schildert, wir erziehen uns, die Schublade für das antrainierte Ein- und Zuordnen erst einmal zuzulassen. Wir machen uns mentale Randnotizen, wie wir die THERAPEUTISCHEN CHANCEN mit diesem Menschen einschätzen, wir registrieren aufmerksam Schilderungen, die auf schwerwiegende Veränderungen wie Depressionen oder Sucht hinweisen können. Wir achten auf MODELLE, die dem Patienten als eine Art vertraute Symptomleitschnur in seinem bisherigen Leben hätten dienen können. Und wir sortieren möglichst säuberlich auseinander, was mit uns selbst bei den Schilderungen geschieht, wie wir verwirrt, wütend, traurig, empathisch werden, weil wir uns bei dieser Begegnung gerade selbst eines eigenen Modells bedienen.

BERICHTE AUS DEN ANAMNESEGRUPPEN

Aus 3 Gruppen liegen Berichte vor. Eine Gruppe konzentriert sich nach der Patientenanamnese auf die Frage, inwieweit im Interview bewußt oder unbewußt immer ein FOCUS gesetzt wird, womit die Problematik der Einführung des Arztes oder des Interviewers als SUBJEKT angesprochen wird.

Dissens besteht in einer anderen, jedoch damit zusammenhängenden Frage. Sollte man nach einer kurzen Anamnese bereits eine ARBEITSDIAGNOSE stellen, oder sollte man es initial bei einer BEZIEHUNGSDIAGNOSE, die überwiegend Übertragungen und Ideen beschreibt, aber noch keine (schulmedizinischen) Interpretationen bzw. Zuordnungen meist unter Ausschluss des Subjektes Arzt vornimmt, belassen?

In praxi widerfährt ähnliches auch einer anderen Gruppe: angespannte, schüchterne Eröffnungsminuten, in denen sich der Gruppenleiter letztendlich selbst als Interviewer zur Verfügung stellen muß, finden ihre Fortsetzung in einem Patientinneninterview mit ebenfalls verspannter Atmosphäre, welche in der Nachbesprechung Stück für Stück einer "wohltuenden" Stimmung weicht und in besserem Verständnis der Patientin und sogar therapeutischen Ideen gipfelt. Da sollte einer zu behaupten wagen, die anfängliche, spannungsvolle Atmosphäre würde nicht die Wahrnehmung der Patientin und die "Arbeitsdiagnose" beeinflussen! Welch fatale Folgen kann dies haben!

Auch in der gemischten Anamnesegruppe aus Pflegekräften und ÄrztInnen wird deutlich: wie unterschiedlich ist die Beziehung zum Patienten auch schon je nach beruflicher "Stellung" des Interviewers, wie unterschiedlich sind die anvertrauten "Wahrheiten", und: was passiert mit diesen Informationen und (diagnostischen und therapeutischen) Schlußfolgerungen dann in dem sogenannten TEAM:

In welchem Hexenkessel landen manchmal die Patientengeschichten: ein Netz aus Machtbeweisen, Hierarchiekonflikten, Standesdünkeln, Vorprägung durch einen (spezifisch deutschen?) Sozialcharakter. "Die Schwester muß sich ihren Platz nehmen", "Wer heißt denn da "KOLLEGE"?", "Die Angst der Ärzte, Kompetenz, das Wort und Entscheidungen abzugeben", "Angst vor Eskalation, wenn die Schwestern ihre Rechte fordern: so etwas ginge nur mit Supervision...". Dies zeigt schnell, wieviele Beziehungen, auch hier bewußte und unbewußte, hier berücksichtigt und möglichst auseinandergehalten werden müssen, beziehungsweise wenigstens reflektiert werden sollten. Was für eine Aufgabe für eine Akademie für INTEGRIERTE Medizin!

Die Integration kann hier nicht an der Patientenwelt enden: die eigene Arbeitswelt (und private "Welt"), das Selbstverständnis der an diesem Netzwerk beteiligten Gruppen, die Prozesse innerhalb des Teams - dies alles sind Dinge, die konsequenterweise integriert, und damit vorher untersucht, erforscht werden sollten.

SAMSTAG VORMITTAG

"Was würden Sie sagen, wenn Ihnen jemand vorschlägt, eine Stelle als Arzt an einem großen Krankenhaus in Hongkong anzunehmen?" Der regnerische Samstagmorgen läßt keine Ruhe zu: statt Frühstück erfolgt der Katapultstart aus dem Glottertäler Kontemplativsessel hinaus in die Welt des Business, der Kravatten und Koordinaten. Wie bitte schön sehen Sie Probleme? Als Behinderung, als Stillstand, als lästig? Tragen Sie sie ein in ein Koordinatensystem, die Probleme, die Sorgen, die Ängste, und legen Sie die Resultante an: das Ergebnis? Jedes Problem hat seine Chancen. Alle Veränderungen tragen Chancen in sich. 6 Milliarden Menschen warten darauf, motiviert zu werden, verspricht J. SKAU von der Unternehmensberaterfirma Käser. Welch andere Welt! *Ist ungleich Soll* ist das chanceneröffnende Problem, nicht Übertragung, Beziehung, Integration.

Aber geht es nicht um etwas ganz ähnliches, wenn H. A. SCHAUB über Supervision im Team berichtet, wenn er anmahnt, daß keine Institution erfolgreich im Sinne der Patienten und Mitarbeiter tätig sein kann, die nicht unter einem gemeinsamen Konzept kooperativ und kompetent gemeinsame Aufgaben löst? Was nützt der beste Supervisor, wenn an dem Round-table Menschen sitzen, die mit völlig unterschiedlichen Konzepten, verschiedenen Zielen vor Augen am selben "Problem" arbeiten? Oder noch eklanter: wenn in einer Institution gleichzeitig mehrere Supervisoren tätig sind, die alle supervidieren, aber mit welchem Ziel? Und was passiert, wenn der Leiter selbst einer dieser Supervi-

soren ist? Ist da nicht auch "Ist ungleich Soll", und sollte mit Hilfe des Supervisors nicht ein Fehler der Institutionsleitung ausgeglichen werden, nämlich durch ein gemeinsames Ziel aus einem lähmenden Problem eine motivierende Chance werden zu lassen?

So machten sich dann einige in einer Arbeitsgruppe zur Teamarbeit als Kriminalisten auf, gemeinsam einen "Fall" zu lösen. Zwei Stunden gingen vorüber, und die Gruppe war hauptsächlich damit beschäftigt, sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise, auf eine Struktur zu einigen. Als das gelungen war, war der "Fall" innerhalb von 10 Minuten gelöst, was keiner mehr geglaubt hatte. Unter der provozierenden und gewohntes Moderatorverhalten blitzschnell durchleuchtenden Leitung von J. SKAU wurden Prinzipien für ein positives Arbeitsbündnis im Team erarbeitet: positiver Einstieg bei Beginn, klare Zielsetzungen, klare Fragen, für alle während der gesamten Zeit immer sichtbar (Wichtigkeit der Visualisierung), zeitliche Begrenzung für das Erreichen des Ziels, offene Fragen, jedem die Chance geben, "Held zu sein", Verständnis und Zustimmung, keine Wertung, keinen vorgedachten Weg verfolgen wollen, sondern die Gruppe in der Vielfältigkeit ihrer Ideen unterstützen - vielen wurde bewußt, daß das Arbeiten im Team wirklich erlernt werden muß und auch erlernt werden kann. Und es doch eher als Motivation denn als Manipulation empfunden wird, wenn am Ende ein von allen als gemeinsam empfundenenes Ziel erreicht wurde.

Klare Zielsetzungen und klare "Spielregeln" sind auch für eine Supervision unabdingbar, wie in der Arbeitsgruppe über Team-supervision unter der "Supervision" von H. A. SCHAUB deutlich wurde. So sollte in einer Supervisionsgruppe immer die ARBEITSBEZIEHUNG im Mittelpunkt stehen. Hier ist Selbsterfahrung sicher nicht das Ziel, jeder muß sich auf den Schutz seiner Privatsphäre verlassen können. Will eine Supervisionsgruppe ihren positiven Effekt voll ausschöpfen, muß sie hierarchiedurchlässig und damit unabhängig von Berufsgruppen sein. Denn entstehen Widerstände und Konflikte nicht fast immer an den "Hierarchiegrenzen"? Wie bei der Kriminalisten-gruppe gilt auch hier: ein kompetenter Supervisor ist Voraussetzung. Doch wer supervidiert Supervisoren? Wer legt Qualifikationen fest?

Was ist eigentlich Therapie? Mit dieser und mit weiteren Fragen wie Simultandiagnostik und Gegenübertragung beschäftigte sich die dritte Arbeitsgruppe über praktische integrierte Konzepte unter der Leitung von WEDLER, NIEMANN und KAPPAUF. Ein diskutierender "Innenkreis" begann, diese Probleme anhand von Beispielen aus der Onkologie zu erörtern, doch bald drehte sich auch hier die Frage um die "Brennpunkte" praktisch integrierter Arbeit: um die Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen, darum, wie weit Integration gehen sollte, um den Umgang mit Verweigerung, "Leichen" und anderen "bösen Affekten".

Wie BERTRAM zusammenfasste: wir haben ein wunderschönes Produkt zu verkaufen: die integrierte Medizin. Und wir haben viel "Bedarf" festgestellt: bei der Integration vieler Berufsgruppen mit ihrem unterschiedlichen Selbstverständnis mitzuwirken,

Teamforschung im an "Netzen" und Beziehungen so reichen Feld der Medizin zu betreiben, uns nicht nur als "bündnisfähige" Interviewpartner für die Patienten auszubilden, sondern auch als wahrlich integrationsfähige, heterarchische Moderatoren. Und damit soll begonnen werden: mit der Bildung von REVOLUTIONÄREN ZELLEN, wie v. UEXKÜLL die streckenweise auch durchaus sehr kontroverse Tagung abschloß. REVOLUTIONÄRE ZELLEN, die regional an den deutlich gewordenen Brennpunkten weiterarbeiten. Und sich wiedertreffen:
am 27./28. JANUAR IN BERLIN.

EVALUATION

Von 51 Teilnehmern haben 31 ihre Stimme abgegeben. Das hilft der Akademie weiter. Ein Anfang.

Trotz vieler Nichtnennungen kommt heraus, daß die Tagung überwiegend die Erwartungen der Teilnehmer erfüllen konnte, wegen der teilweise weiten Anfahrtswege hätte sie jedoch zeitlich auch 3 Tage in Anspruch nehmen können. Das Prinzip der Kleingruppe wurde als wichtig eingestuft. Der "Renner" war die Einführung in das Patienteninterview durch ADLER, knapp gefolgt vom Pflegegespräch von JUNG, wofür sich viele mehr Zeit und konkretere Beispiele zur Umsetzung wünschten. Das breiteste Stimmungsspektrum erreichte SKAU: von "gefiel mir gar nicht" bis zu "gefiel mir in sehr hohem Maß" mit Bewertungsgipfel bei 4 (von 5) schieden sich hier die Geister. Zu allgemein, zu schnell, zu abstrakt waren die Kritikpunkte, die Umsetzbarkeit im klinischen Bereich fehlte vielen. Reibungspunkte waren offensichtlich einige entstanden, die Kleingruppe honorierte ihm dann seinen geburtstäglichen Einsatz. SCHAUB gefiel auch in weitgehend hohem Maß, der Vortrag war jedoch einigen zu theoretisch, das Vokabular zu distanziert. Bei WEDLER fühlen sich Teilnehmer zu sehr in den passiven "Außengürtel" verbannt, die eigene Mitarbeit konnte nicht genügend integriert werden.

Bei den Themenausblicken führt die KOMMUNIKATIONSSCHULUNG unangefochten deutlich vor den PRAKTISCH INTEGRIERTEN KONZEPTEN, MANAGEMENT, ENTSCHEIDUNGSFINDUNG und INTEGRATIVE LERN- UND LEHRTECHNIKEN folgen mit Abstand. Allgemein wurde die berufsübergreifende Kommunikation als wichtiger Arbeitsinhalt der Akademie bewertet, womit das Thema der Tagung bei der Evaluation ebenso wie bei den vielen Einzeldiskussionen nachträgliche Bestätigung fand.

Protokoll: S. Eychemüller